



**PEDIDO PARA SUBSÍDIO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- MÉDICO -**

Número - USO CABESP

Identificação	Nome do paciente				Código Cartão Cabesp do paciente			
	Email				DDD-Fone/Fax			
	Nome do fornecedor				CNPJ/CPF			
	Endereço				Número			
	Complemento							
	CEP		Cidade		Estado		DDD-Fone/Fax	
	Nome do solicitante				CNPJ/CPF			
	Registro(CRM)							
	Nome do fornecedor				CNPJ/CPF			
	Endereço				Número			
	Complemento							
	CEP		Cidade		Estado		DDD-Fone/Fax	
Nome do solicitante				CNPJ/CPF				
Registro(CRM)								
Nome do fornecedor				CNPJ/CPF				
Endereço				Número				
Complemento								
CEP		Cidade		Estado		DDD-Fone/Fax		
Nome do solicitante				CNPJ/CPF				
Registro(CRM)								
Indique o tipo de solicitação: ☐ 1- Medicamento ☐ 2 - Órtese e Prótese								

USO CABESP

Serviços Profissionais (Preenchimento Cabesp)

Valor solicitado R\$

Valor Autorizado R\$

Senha

Discriminação dos serviços				Inc.	Código do Procedimento
CSP					
	Data		Hora		
	Data		Hora		
	Data		Hora		
	Data		Hora		
	Data		Hora		

Valores dos Serviços Prestados (PREENCHIMENTO CABESP)
Materiais/Medicamentos/Taxas

R\$

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho pleno conhecimento do Regulamento de Subsídio da Assistência à Saúde.
Declaro, sob as penas dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que os Medicamentos, Órteses e/ou Próteses descritos(s) no(s) documento(s) fiscal(is) e/ou recibo(s) acima foi(foram) por mim devidamente pago(s).

Data e assinatura do Paciente/Responsável

SENHOR BENEFICIÁRIO

Evite devoluções, seguindo atentamente as orientações para solicitação de SUBSÍDIO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Preencha corretamente o "Pedido de Subsídio da Assistência à Saúde - Médico" MCABESP 1139.

O preenchimento do campo "Identificação" é obrigatório.

Caso tenha mais de 1 Fornecedor, preencha o campo "Nome do Fornecedor" separadamente.

Anexar ao formulário: recibo/nota fiscal/cupom fiscal (originais)/ cópia da prescrição médica (receita)/relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo profissional solicitante.

Consulte o Regulamento no site www.cabesp.com.br

USO CABESP

Enderece à CABESP C.T.L. / SUBSÍDIO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO - Rua Boa Vista, 293 - Centro - São Paulo, CEP 01014-915 ou entregue pessoalmente na Central de Atendimento CABESP.